



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

FRANCIELLE BONETTI SCHNORR

**A CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA NA BULIMIA: CORPO, NARCISISMO E
SOFRIMENTO**

Brasília
2018

FRANCIELLE BONETTI SCHNORR

**A CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA NA BULIMIA: CORPO, NARCISIMO E
SOFRIMENTO**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Prof.^a Dra. Dione de Medeiros
Lula Zavaroni

Brasília
2018

*À minha família dedico este trabalho em
reconhecimento por todo apoio, carinho e
compreensão*

AGRADECIMENTOS

Deixo meu agradecimento especial à Professora Dione pela sua participação cuidadosa e generosa nesta fase final de conclusão do curso.

Agradeço também ao Professor Antonio Pereira Rabelo pela atenção e disponibilidade para avaliação e contribuição a este trabalho.

“Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas afinal é preciso começar a amar, para não adoecer, e é inevitável adoecer, quando, devido à frustração, não se pode amar.”

Introdução ao Narcisismo
Sigmund Freud

RESUMO

Este trabalho aborda a temática dos transtornos alimentares, em especial a bulimia, a partir dos processos de constituição psíquica, com viés psicanalítico. Tem por objetivo apresentar as contribuições teóricas da psicanálise para a clínica da bulimia na contemporaneidade, a partir de revisão da literatura já produzida sobre o tema. Para tanto, mostra uma visão geral sobre a anorexia e a bulimia. Aborda a relevância da relação com a mãe ou cuidador (a) no estabelecimento das relações de objeto das pacientes bulímicas. Trata da questão do corpo como representante do sofrimento psíquico nestes casos. Problematisa o viés cultural que atravessa a construção de ideais coletivos ligados às questões narcísicas fundamentais na bulimia. O presente estudo reafirma a abordagem psicanalítica como lugar privilegiado de escuta e acolhimento do sofrimento destas jovens, já que considera e trabalha a partir da complexidade de sua dinâmica psíquica e relacional, ligada a questões de ordem inconsciente.

Palavras-chave: Bulimia. Psicanálise. Constituição Psíquica. Corpo. Narcisismo.

ABSTRACT

This work addresses the issue of eating disorders, especially bulimia from the processes of psychic constitution, with psychoanalytic bias. It aims to present the theoretical contributions of psychoanalysis to the clinic of bulimia in contemporary times, based on a review of the literature already produced on the subject. To do so, it shows an overview about anorexia and bulimia. It addresses the relevance of the relationship with the mother or caregiver in the establishment of object relations of the bulimic patients. It deals with the body issues as the representative of psychic suffering in these cases. It problematizes the cultural factor that crosses the construction of collective ideals related to the fundamental narcissistic issues in bulimia. This study reaffirms the psychoanalytic approach as a privileged method for listening and welcoming the suffering of these young women, since it considers and works from the complexity of their psychic and relational dynamics, linked to issues of an unconscious order.

Key words: Bulimia. Psychoanalysis. Psychic Constitution. Body. Narcissism.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 ANOREXIA E BULIMIA: UMA VISÃO GERAL	12
2 UM OLHAR SOBRE A BULIMIA	19
2.1 Relações primordiais e constituição psíquica	20
3 BULIMIA E QUESTÕES NARCÍSICAS	24
3.1 Eu ideal, ideal do Eu e autoestima	28
CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	35

INTRODUÇÃO

A problemática dos transtornos alimentares se apresenta como uma questão bastante atual para a clínica psicanalítica, já que a alimentação e o corpo tem sido alvo de uma ostensiva tentativa de adequação a padrões e ideais ligados à forma física e a um certo ascetismo do corpo e suas necessidades.

A anorexia e a bulimia são transtornos que tem ganhado uma certa “popularidade” devido ao caráter impactante de sua sintomatologia que, de formas distintas, vão ao encontro desta cultura de culto ao corpo e do controle sobre a própria alimentação. Tal sintomatologia aponta para a complexidade da dinâmica psíquica das pacientes e para a intensidade do sofrimento que se faz presente.

Assim, a psicanálise se mostra como lugar privilegiado de escuta e acolhimento do sofrimento vivido por estas jovens que, sem se darem conta, apresentam não só questões importantes ligadas a seu processo de constituição psíquica, mas, também, questões culturais e sociais bastante atuais.

O presente estudo se propõe a abordar os processos de constituição psíquica ligados ao surgimento dos transtornos alimentares, em especial, a bulimia. Para tanto parte-se da exploração teórica sobre a relação mãe-bebê e sua influência na forma com que se dão as regulações narcísicas e objetais destas jovens, sendo a base de sua construção identitária. Também aborda a forma com que a cultura ligada ao culto ao corpo compõe o cenário de emergência destes novos tipos de adoecimento.

O objetivo deste trabalho é apresentar as contribuições da psicanálise para a abordagem da bulimia na clínica contemporânea, partindo dos processos de constituição psíquica. Para atingir tal objetivo buscou-se apresentar uma visão geral sobre a anorexia e a bulimia, com enfoque para a bulimia. Bem como abordar a relevância da relação com a mãe ou cuidador (a) no estabelecimento das relações de objeto das pacientes bulímicas. E explorar a questão do corpo como representante do sofrimento psíquico nestes casos, problematizando o viés cultural que atravessa a construção de ideais coletivos ligados às questões narcísicas fundamentais na bulimia.

Para alcançar esses objetivos foi realizada pesquisa da literatura já produzida sobre o desenvolvimento destes transtornos com enfoque psicanalítico.

Neste trabalho espera-se proporcionar uma articulação teórico-clínica que contribua para o enriquecimento da abordagem com tais pacientes, reafirmando a pertinência do trabalho psicanalítico e suas contribuições e desafios neste âmbito.

O presente trabalho foi então estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo faz-se uma breve explanação sobre a anorexia e bulimia, partindo das definições estabelecidas no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V). Aborda-se como as dificuldades de representação psíquica de jovens anoréxicas e bulímicas se expressam numa inscrição corporal, a partir de suas condutas alimentares e sua relação com os processos de mudança vividos especialmente na adolescência. Faz-se um paralelo de tais transtornos com a histeria, propondo uma diferenciação e apontando tais transtornos como novas modalidades de sofrimento psíquico. E, traz a questão da alimentação a sua significação desde os primórdios do desenvolvimento do bebê. Por fim, propõe um enfoque sobre a bulimia a partir do viés psicanalítico.

O segundo capítulo aborda a crise bulímica como um ciclo de preenchimento e esvaziamento que se configura como um recurso para lidar com o insuportável vazio psíquico que as jovens bulímicas vivem. Daí parte para o entendimento das relações de objeto inauguradas a partir da relação com a mãe. Aponta a conduta ansiosa da mãe no manejo das necessidades da criança como ponto importante no desenvolvimento da bulimia, fazendo uma conexão com a dificuldade de elaboração da perda do objeto e as relações de dependência. Por fim, aborda a construção da imagem corporal que se dá a partir do investimento libidinal da mãe no corpo da criança e suas implicações para o desenvolvimento da identidade.

No terceiro capítulo parte-se do texto “Introdução ao Narcisismo” de Freud para abordar a fragilidade narcísica fundamental nos casos de bulimia, relacionando tal fragilidade à insuficiência da função de pára-excitação exercida pela mãe e sua importância na constituição do corpo libidinal. Esta função associa-se à formação de bases autoeróticas que ajudam o sujeito a lidar com o desamparo vivido pela ausência do objeto, o que se encontra comprometido nas jovens bulímicas.

Ainda neste capítulo explora-se a relação com a mãe que se dá de forma fusional, dificultando a elaboração e superação das ambivalências de amor e ódio. São apresentadas vinhetas de casos clínicos a fim de exemplificar como isto

aparece na clínica. Também é problematizada a consideração do sintoma bulímico no atendimento destas jovens, no sentido de não se perder a prerrogativa de escuta do sofrimento, para além do sintoma. Ao final do capítulo, apresentam-se as noções de *Eu ideal* e *ideal do Eu* propostas por Freud, fazendo-se um paralelo entre o sentimento de amor-próprio também e a questão da baixa autoestima vividas pelas bulímicas.

1 ANOREXIA E BULIMIA: UMA VISÃO GERAL

A temática dos transtornos alimentares é objeto de estudo de importantes áreas do conhecimento, como a medicina, a psicologia, a nutrição, a psicanálise, entre outras. Os fatores envolvidos no desenvolvimento de tais transtornos são de diversas ordens e, podemos citar questões culturais, familiares e psicológicas. Dentre os transtornos alimentares, destaca-se a anorexia e a bulimia como “fenômenos” que são alvo de crescente interesse devido à sua especificidade sintomatológica, que se configuram quase como enigmas a serem desvendados.

Tais transtornos aparecem como uma questão bastante atual à medida que se evidencia uma crescente e notória cultura de supervalorização do corpo, em especial, da magreza a partir de parâmetros ligados a um ideal. Isto comparece de várias maneiras na vida cotidiana. Seja no constante surgimento de dietas promovidas como milagrosas e inovadoras, no lançamento de produtos com a promessa de serem mais saudáveis e puros do que outros ou na crescente oferta e demanda de profissionais e serviços especializados na “modelagem” do corpo e da forma que as pessoas se alimentam, partindo da premissa desse ideal de magreza.

Assim, afirmam Andrada e Freire (2012, p. 33), ao se referirem ao termo “lipofobia”, que grosso modo significa “aversão à gordura”:

Como um traço cultural, ela atravessa corpos e palavras, se escamoteando em “inocentes” prescrições de regras de bem viver, por vezes legitimada por um discurso normalizador que se ampara na patologização de corpos diferentes, aliada a uma exigência de performance de ideais de beleza cada vez mais afastados das possibilidades da corporeidade humana.

É importante ressaltar, no entanto, que estas contingências ajudam a contextualizar a emergência dos transtornos ligados à alimentação, sendo entendidas mais como fatores de risco do que como fatores etiológicos, pois são insuficientes para o entendimento da complexidade de tais fenômenos. (COSTA VAL; CARVALHO; CAMPOS, 2015).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014) em sua versão mais recente (DSM-V), os critérios diagnósticos para a *anorexia nervosa* são, de forma geral: restrição da ingesta calórica em relação a necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo; medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere

no ganho de peso, mesmo este sendo muito baixo; perturbação no modo como o próprio corpo ou a forma corporal são vivenciados, o que influencia na própria autoavaliação e; falta de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal. São ainda definidos dois subtipos: tipo restritivo e tipo compulsão alimentar purgativa.

Já os critérios diagnósticos para a *bulimia nervosa* são: episódios de compulsão alimentar; comportamento indevido para evitar o ganho de peso, chamados também de purgativos (indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos e/ou medicamentos e exercícios em excesso); preocupação excessiva com a forma e o peso corporais. E, assim como na anorexia nervosa, uma autoavaliação inadequada ligada à forma ou peso corporal. (APA, 2014).

Vale ressaltar que a possibilidade da ocorrência de compulsão alimentar e comportamentos purgativos na anorexia nervosa, definida pelo subtipo compulsão alimentar purgativa, difere-se da bulimia nervosa pois nesta há a manutenção do peso corporal igual ou acima da faixa mínima normal, o que se configura como critério para o diagnóstico diferencial entre os dois transtornos.

Tanto a anorexia quanto a bulimia são marcadas por condutas alimentares impactantes, de caráter invasivo e com consequências somáticas importantes. Isto contribui para a tendência a uma abordagem puramente sintomática destas problemáticas, em detrimento das particularidades do funcionamento mental dos pacientes (FERNANDES, 2012). Considerando que em ambas é comum o temor intenso de engordar, bem como, uma perturbação na percepção da forma e do peso corporal, fica evidente a necessidade de um entendimento mais complexo das particularidades psicológicas que favorecem a incidência destes transtornos.

Assim, a psicanálise mostra sua relevância na abordagem teórico-clínica da anorexia e da bulimia, pois evidencia a complexidade da dinâmica psíquica de tais pacientes, a partir do entendimento dos comportamentos alimentares como sintomas complexos, que encobrem e, ao mesmo tempo, deflagram uma verdade sobre o sujeito, envolvendo suas modalidades relacionais e arranjo de seus investimentos narcísicos e objetais. Ou seja, da forma que se relacionam consigo mesmas, com o outro e com o mundo externo.

Sobre a questão do corpo, a anorexia e a bulimia carregam a impressão de uma marca, uma inscrição corporal de algo que não pode ser representado psiquicamente. Assim, Jeammet (1999) propõe a ideia de uma *posição de*

cruzamento que evidencia dificuldades do sujeito com processos de mudança. Tais mudanças estariam ligadas à transição da infância para a idade adulta, marcada pela fase da adolescência, a qual a ocorrência destes transtornos é comum. Esta transição carrega também os processos de construção de autonomia, as transformações sócio culturais e do próprio corpo na puberdade.

A adolescência marca a passagem para uma nova ordem simbólica, em que as exigências em relação ao sujeito são ampliadas, indo para além do seio familiar e do universo escolar. Suas referências identitárias sofrem mudanças, sendo a relação com os pares e com outros modelos, exemplos destas mudanças. Há assim um processo de luto do modelo infantil das relações com os pais, sendo o adolescente convocado a se lançar no social e no processo de construção de autonomia. Sobre esta passagem e a questão do corpo, afirma Fernandes (2012, p. 291):

A passagem de uma etapa da vida para outra parece assim ser marcada, em muitas culturas, pelo sacrifício do corpo, como se a ascensão a uma nova identidade exigisse, para poder ser simbolizada, sua inscrição corporal como marca da diferença entre a situação anterior e a atual.

Outro desafio que esta passagem impõe ao sujeito é a novidade de um corpo que se ajusta e se prepara para a possibilidade das primeiras experiências sexuais propriamente ditas. É a passagem de um corpo infantil para um corpo adulto. Assim, o aparecimento dos quadros de anorexia e bulimia nesta fase, podem também estar ligados a uma dificuldade de lidar com o aumento da intensidade pulsional, que acarreta sensações novas e desconfortáveis. Evidenciando também dificuldades de integração da sexualidade genital.

Os transtornos alimentares surgem como novas modalidades de sofrimento contemporâneo que inauguram também novos sintomas, diferentes dos “tipos clássicos” de adoecimento neurótico. Tais modalidades apontam para dificuldades de representação psíquica, ou seja, de simbolização que evocam o corpo como estandarte do sofrimento psíquico. Como afirmam Andrada e Freire (2012, p. 28):

Nestas novas modalidades de sofrimento, algo da ordem simbólica não se organiza plenamente nesses indivíduos; o processo de subjetivação, que faz o percurso da carne à palavra, do corpo ao sentido, transformando sensações viscerais, estímulos proprioceptivos, dor, prazer, traço mnésico em um conjunto de afetos e significados, que chamamos de “sujeito”, se

constrói de modo insólito, resultando em uma forma de subjetividade distinta daquela do “neurótico típico”.

A maior incidência destes transtornos em pacientes do sexo feminino e a ideia de uma expressão no corpo de algo que não pode ser representado e simbolizado psiquicamente aproxima as condutas alimentares, seja a recusa do alimento ou o ritual de compulsão alimentar e purgação, à histeria. Então, vale retomar a noção de *conversão* a fim de se fazer uma diferenciação em relação às tais condutas. Laplanche e Pontalis (2001) abordam a *conversão* como mecanismo de formação de sintomas que opera na histeria e consiste na transposição de um conflito psíquico em termos somáticos na tentativa de solucioná-los. Assim, tais sintomas de conversão carregam uma significação simbólica, exprimindo pelo corpo, representações recalçadas.

Jeammet (1999) traz a noção dos transtornos alimentares como um mecanismo de regressão à oralidade, ligado a um nível arcaico da organização das relações narcísicas e objetais. Assim, tais transtornos apontam para distorções do Ego relacionadas a carências narcísicas primárias, onde as manifestações da oralidade, como afirma Brusset (1999, p. 59): “[...]podem ser compreendidas como tentativas de elaboração das contradições e paradoxos que especificam as relações pulsionais primitivas com os objetos [...]”. Pode-se pensar então numa cobertura, numa fachada histérica, que na verdade encobre posições defensivas mais arcaicas.

Apesar desta diferenciação, é importante a reflexão de que a histeria se impôs nos tempos de Freud como sintoma que denunciava um mal-estar na modernidade, manifestado por mulheres e ligados à sexualidade. Da mesma forma que anoréxicas e bulímicas denunciam um mal-estar contemporâneo que evoca o corpo, a feminilidade e, também, a sexualidade. São sintomas que evidenciam questões culturais e, neste sentido, são ainda mais pertinentes sob o ponto de vista da investigação psicanalítica. Ainda neste sentido, como afirma Rabelo (2015, p.25):

Chama-nos a atenção que Freud percebia já tão cedo em sua obra o fato de a fome devoradora ser algo do registro de uma insuficiência ou pobreza do processo de simbolização, algo que, naquele momento, não poderia ser tratado pela Psicanálise, dado que esta trabalhava com algo que poderia ser minimamente simbolizável, como era o caso da histeria e da neurose obsessiva.

No entanto, já nos primórdios do surgimento da Psicanálise aprendemos que o olhar atento para as manifestações corporais é uma via de acesso ao sujeito

que não pode ser negligenciada, como afirmam Lazzarini e Viana (2006, p.241): “[...] o corpo que é objeto da psicanálise ultrapassa o somático e constitui um todo em funcionamento coerente com a história do sujeito. ”. Assim, a clínica dos transtornos alimentares a partir de um viés psicanalítico não deve prescindir de uma escuta atenta aos sinais do corpo, suas manifestações e engendramentos ao longo de seu desenvolvimento psíquico.

O acompanhamento de tais pacientes na clínica se configura como um desafio, já que a gênese destes transtornos é tida como uma incógnita e por serem marcados por uma diversidade patológica, podendo comparecer em quadros de adoecimento da ordem das neuroses, psicoses e perversão, quadros limites, depressão, e também, ligados à psicossomática (FERNANDES, 2012).

De acordo com Jeammet (1999), a ausência de uma organização dominante faz com que as referências nosográficas sejam insuficientes para explicar sua especificidade e ocorrência, sendo difícil delimitar uma terapêutica específica para tais transtornos. Corroborando com os apontamentos de Fernandes (2012, p.97):

[...]porque são grandes as diferenças de um caso a outro, na intensidade e extensão da depressão, na dimensão regressiva, na avidez oral, na impulsividade, na agressividade, na destrutividade, etc. Assim, a evolução é, como o prognóstico, extremamente diversa.

Ao se pensar na etiologia destes transtornos, um ponto de partida importante de investigação é a forma que tais pacientes se relacionam com o alimento, ou seja, qual a função da alimentação sob o ponto de vista psicológico. E, mais, como o alimento ao longo de seu desenvolvimento psíquico foi sendo significado e como estes significados, ao longo da vida, foram também transformados.

A necessidade de nutrição evoca o que há de mais básico para a sobrevivência biológica do recém-nascido. No entanto, a amamentação é um ato carregado de sentido, que vai para além das necessidades físicas do bebê, sendo um momento significativo de trocas afetivas com a mãe. Desta forma, o leite materno agrega mais do que simplesmente seu valor de alimento.

Isto traz questionamentos ligados às primeiras experiências da relação mãe-bebê, que passam inevitavelmente pela amamentação, mas também pela

forma que a mãe investe libidinalmente o corpo da criança, investimento este que remete aos primórdios da constituição psíquica do sujeito.

Um investimento libidinal suficiente permite à mãe escutar as queixas que o bebê faz a partir de sua vivência de sensações corporais desprazerosas. É a mãe ou quem ocupa este lugar de cuidado que pode decodificar estes sinais dando-lhes sentido. Daí sua importância na constituição dos processos de simbolização da criança, que permitem a construção de sua imagem corporal e, assim, de sua identidade.

Supõe-se que o desenvolvimento da anorexia e da bulimia esteja ligado a uma insuficiência, inadequação ou excesso desse investimento materno, havendo um prejuízo no desenvolvimento do autoerotismo e na passagem ao narcisismo, que pressupõe um corpo unificado.

Tal investimento materno está ligado à função de pára-excitação, que seria a maneira da mãe de mediar as vivências do bebê a partir da introdução de intervalos de tempo e espaço entre as necessidades e sua satisfação. Neste sentido, Fernandes (2012, p. 289) aponta:

[...] a constituição das bases narcísicas nas anoréxicas e bulímicas ficou comprometida desde o tempo anterior ao autoerotismo, devido às dificuldades da mãe em garantir sua função de pára-excitação, o que vai certamente dificultar a introjeção desta função.

A introjeção da função de pára-excitação garante a possibilidade de administração das pulsões, ou seja, a criança pode fazer a travessia de uma existência ligada às necessidades para as vivências de prazer que caracterizam o autoerotismo.

A relação intrínseca entre corpo, prazer e sexualidade desde os primórdios da constituição psíquica convoca novamente a reflexão sobre a forma com que tais pacientes lidam e vivem seu corpo e sua sexualidade. Na anorexia, a magreza excessiva alude a um corpo assexuado, morto e alienado a qualquer desejo. Já na bulimia, a ingestão voraz de alimentos, muitas vezes às pressas e às escondidas e, marcada por um período de excitação particular, faz pensar nestes comportamentos como uma metáfora do ato sexual.

A magreza excessiva de pacientes anoréxicas causa escândalo e evidencia, “sem rodeios”, a existência de um adoecimento, mesmo que por vezes não seja entendido pelo senso comum como um transtorno psíquico. Enquanto na

bulimia, o fato de a perda de peso significativa não ser um critério diagnóstico e as condutas de compulsão alimentar e purgação serem atuadas às escondidas, aumenta as dificuldades de identificação de jovens que sofrem de tal transtorno.

Sendo assim, percebe-se a necessidade de ampliar o olhar sobre a bulimia, que muitas vezes é problematizada de forma secundária, a partir de estudos sobre a anorexia. Entender suas especificidades e suas múltiplas significações abre caminho para novas construções clínicas e contribuições importantes no entendimento dos transtornos alimentares de forma geral.

2 UM OLHAR SOBRE A BULIMIA

A palavra bulimia vem do vocábulo grego *boulimia* que significa “fome devorante”. Assim, a origem da palavra já aponta para o que há de mais caricato neste quadro: a intensidade e a voracidade na ingestão de alimentos.

Os fatores desencadeantes mais comuns da crise bulímica são sentimentos de desamparo, fracasso, solidão e vazio. Mas, também podem ocorrer a partir de vivências de excitação e prazer. Sendo comum a consciência por parte das pacientes de seu caráter patológico, expresso no medo de perder o controle em relação ao comportamento bulímico (FERNANDES, 2012). Certa vez uma jovem bulímica enunciou: “ eu sabia que eu não precisava comer aquilo tudo, mas não bastava comer apenas o suficiente, não consegui conter o impulso. ”

A crise bulímica, em sua forma mais conhecida, pode ser entendida como um ciclo de preenchimento e esvaziamento. Após iniciada a ingestão voraz de alimentos, esta é interrompida pela percepção da impossibilidade de se comer mais, muitas vezes por meio da vivência de dor física que traz um limite.

No entanto, este limite não é apenas físico, pois, da mesma forma que a ingestão voraz e excessiva se apresenta como possibilidade “desesperada” de preenchimento do vazio psíquico, o empanturramento não traz saciedade psíquica e, sim, deflagra o fracasso de seu ato. Então, a provocação do vômito surge como possibilidade de alívio da dor e da frustração, a partir da recriação da vivência de vazio. Trata-se de um ciclo que se retroalimenta, devido a sua ineficácia enquanto recurso para aplacar o sofrimento psíquico, em que o sentimento de desamparo não cessa.

Após encerrado o ciclo, sentimentos de fraqueza e vergonha são comumente relatados. Observa-se a partir disto um tom de reprovação moral que remete ao paradoxo que se faz entre a orgia alimentar como algo pecaminoso, enquanto, o jejum e a restrição alimentar são tidos histórica e culturalmente como hábitos e condutas louváveis.

A bulimia, no sentido próprio da ingestão alimentar desmedida e paroxística, é uma ilustração habitual da alegria de viver. Ela aparece como o caso extremo da gula, que é a imagem bíblica do pecado original e um dos sete pecados capitais, contrariamente a virtudes e méritos que, em todas as religiões, são esperados do jejum. (BRUSSET, 2003, p. 7).

Alguns autores situam a bulimia como uma patologia do ato. Comer de forma voraz e adotar comportamentos purgativos seria uma forma de sair da passividade, convocando o corpo para este lugar ativo e de controle. No entanto, em muitos relatos o que se observa é uma alienação em relação a estes comportamentos, como se estas jovens fossem meras expectadoras de suas próprias condutas, “ [...] colocando em cena o fracasso de si mesma como sujeito de suas próprias ações. ” (FERNANDES, 2012, p. 95).

Winnicott (1945/2000), ao teorizar sobre o desenvolvimento emocional primitivo, aponta que a localização do eu no corpo, ou seja, o sentimento de habitar o próprio corpo, depende de um processo de integração que se inicia muito cedo na vida do bebê. Nas pacientes bulímicas, a vivência de uma imagem corporal por vezes imprecisa, disforme, não sexual e até exterior a si mesma faz pensar que este processo de integração não se deu de forma bem-sucedida.

A relação entre psíquico e somático fica aí evidente e o interesse psicanalítico pela temática favorece o entendimento da função que o comportamento bulímico ocupa na vida da paciente e sua relação intrínseca com seu processo de constituição psíquica e subjetivação, invocando uma análise sobre a “escolha bulímica”.

Múltiplas perspectivas de reflexão, centrais em psicopatologia e em psicanálise, encontram na bulimia um campo de estudos privilegiado. Ela está, com efeito, no cerne dos problemas colocados ao espírito pelo corpo e pelo gozo, ao sujeito pelo outro nele mesmo que constitui o inconsciente pulsional, ao eu pelo isso e pelo supereu, ao princípio de realidade pelo princípio de prazer, ao narcisismo pela atração exercida pelo objeto, à criança pela ação de sua mãe e pelo lugar e função de seu pai. (BRUSSET, 2003, p.13).

2.1 Relações primordiais e constituição psíquica

A relação com as figuras parentais desde os primeiros anos de vida tem papel importante no entendimento do desenvolvimento da bulimia. Como afirma Cuvreur (2003) a relação entre mãe e bebê pode ser marcada pela impossibilidade (de caráter inconsciente) da mãe de atribuir ao bebê um lugar de demanda próprio. Desta forma, a mãe por vezes adota uma conduta ansiosa e intrusiva, que tende a

interpretar qualquer demanda da criança pelo viés da necessidade de alimentação, num movimento de empanturramento.

Isto priva a criança da vivência da frustração, das sensações desconfortáveis e da experiência do vazio, que diz da capacidade da mãe de introduzir intervalos de tempo entre a necessidade do bebê e sua satisfação. Não havendo assim quebra da fantasia da onipotência materna, nem no bebê, nem na própria mãe. Os desdobramentos disto são observados nas condutas bulímicas que se configuram como defesa contra o caráter assustador do vazio psíquico, que lhes impõe uma necessidade de controle e de preenchimento voraz. (FERNANDES, 2012).

No início da vida do bebê, as pulsões sexuais convergem com as pulsões de autoconservação. Assim, a conservação da vida é o motor para a escolha de objeto. Portanto, o seio materno é vivido como primeiro objeto sexual, fonte de satisfações físicas e psíquicas, ou seja, o objeto é simultaneamente empírico e psíquico. (COELHO JUNIOR, 2001).

A escolha de objeto encontra-se na base da constituição psíquica e promove um contato com o que é diferente, o que evidencia a existência de um outro, externo ao eu. A subjetividade se constrói a partir de sucessivas identificações com os objetos, que são introjetados. Assim, afirma Coelho Junior (2001, p. 42): “Os objetos vão sendo substituídos e o sucesso ou o fracasso nas substituições será determinante na formação de sintomas ou do equilíbrio e das possibilidades criativas de cada sujeito. ”

É interessante pensar que as identificações se estabelecem a partir de uma *relação* entre o sujeito e os objetos, que constituem um ao outro de forma simultânea. Então, ao se pensar na relação entre pacientes bulímicas e suas mães, a hipótese é de que as primeiras experiências de troca entre mãe e bebê foram marcadas por condutas que favoreceram um movimento de dependência do objeto real, neste caso, o seio.

Isto está intimamente ligado às dificuldades de elaboração da perda do objeto, que está na base da constituição de suas regulações narcísicas e objetais. Elaborar a perda do objeto faz parte do desenvolvimento da capacidade de representação psíquica e de simbolização. Parte daí o entendimento de que a conduta bulímica está ligada às dificuldades com a perda do objeto, que se inscreve

no corpo por meio de uma repetição que busca experimentar a presença do objeto a todo custo.

Assim, o antagonismo vazio-excesso reflete o antagonismo do narcisismo e dos movimentos em direção aos objetos de desejo, amor e ódio. Desse modo, o comportamento atuado vem substituir o trabalho de elaboração psíquica, como uma tentativa de preencher o vazio representacional. Entretanto, a repetição do ato aumenta o vazio que se esforça por preencher. (ESTEVEES; RAMIRES, 2015, p.235).

A dependência do objeto evidencia-se nestes quadros como necessária e, ao mesmo tempo, insuportável. O medo do poder do objeto gera uma necessidade de controle sobre sua incorporação a partir do ato de comer. No entanto, a ingestão voraz e impulsiva de alimentos denota, na verdade, sua falta de controle sobre o objeto, vivido assim como intrusivo e ameaçador. Então, a possibilidade do vômito apresenta-se como forma de livrar-se dele, evidenciando toda a ambivalência que caracteriza esta relação.

Outra questão relevante ao se pensar na constituição psíquica destas pacientes é a construção da imagem corporal, tendo em vista que esta encontra-se perturbada nos quadros de bulimia, sendo um dos critérios diagnósticos.

A imagem que se tem do próprio corpo e suas perturbações estão ligadas a questões de autoestima e identidade, que são comumente relatadas por tais pacientes. Uma paciente bulímica certa vez relatou o desconforto que vivia em relação ao próprio corpo, percebido como inchado, gordo e disforme. Tal desconforto era acompanhado por sentimentos de inferioridade e inadequação em relação a certos padrões e parâmetros de beleza que enaltecem a busca de um corpo magro e “malhado”.

A imagem do corpo se constitui a partir das significações que vão sendo vivenciadas a partir do esquema corporal biológico, se configurando como a representação psíquica deste corpo, que é o lugar e fonte das pulsões. A imagem do corpo funciona como um mediador entre o corpo biológico e a expressão das pulsões por meio da fantasia (ESTEVEES; RAMIRES, 2015).

A passagem do autoerotismo ao narcisismo, ou seja, quando as zonas erógenas se encontram num registro parcial no corpo e aos poucos vão sendo unificadas, promovem a vivência de um corpo único inaugurando assim os primórdios da identidade do sujeito. Tal identidade se expressa na vivência de um ego corporal, que é a projeção mental do corpo construída a partir das fantasias do

sujeito. De acordo com Esteves e Ramires (2015), ele é a representação do corpo no ego e viabiliza a expressão dos conflitos do ego no corpo, ou seja, reafirma a relação íntima entre corpo e psique.

Esta é uma contribuição teórica importante que reforça o entendimento da bulimia como um transtorno psíquico que deixa suas marcas no corpo, denotando esta relação intrínseca entre corpo e subjetividade, que muitas vezes, outras abordagens teórico-clínicas tendem a atenuar ou separar, mais especificamente as de cunho comportamental.

3 BULIMIA E QUESTÕES NARCÍSICAS

No texto “Introdução ao narcisismo”, Freud aponta que as primeiras experiências de satisfação sexual são experimentadas a partir das funções vitais de autoconservação. Assim, a mãe ou cuidadora encarregada da nutrição, proteção e cuidados com a criança torna-se seu primeiro objeto sexual, que faz esta função de apoio à satisfação dos instintos do Eu. (FREUD, 1914/2010).

Dizemos que o ser humano tem originalmente dois objetos sexuais: ele próprio e a mulher que o cria, e nisso pressupomos o narcisismo primário de todo indivíduo, que eventualmente pode se expressar de maneira dominante em sua escolha de objeto. (FREUD, 1914/2010, p.33).

A partir desta postulação, Freud reafirma a importância desta primeira relação de objeto à medida em que pode exercer papel determinante na forma que se dá o estabelecimento das relações futuras, a partir do registro destas primeiras experiências com a mãe.

Fernandes (2012) afirma que há uma fragilidade narcísica fundamental no processo de constituição psíquica de jovens que sofrem de transtornos alimentares, o que ajuda a entender a instabilidade de sua organização psíquica e a intensa vulnerabilidade que experienciam ao longo da vida. Para a autora, tal fragilidade está ligada às falhas na constituição do corpo libidinal, que depende do exercício da função de pára-excitação por parte da mãe. Nestes casos, esta função se deu de forma descontínua ou insuficiente, o que dificultou a formação de bases autoeróticas capazes de amenizar o desamparo vivido pela ausência do objeto. Tais bases estariam ligadas à introjeção parcial da função de pára-excitação, que passaria então a operar enquanto recurso psíquico para lidar com a falta do objeto.

Sobre o autoerotismo, Roudinesco e Plon (1998, p. 532) apontam que:

O período de autoerotismo, portanto, corresponde à fase da primeira infância, período das pulsões parciais e do “corpo despedaçado”, marcado por aquele “desamparo originário” do bebê humano cujo retorno sempre possível constitui uma ameaça, a qual se encontra na base da agressividade.

Sobre a agressividade ligada à ameaça de desamparo, Fuks (2003) afirma que a fantasia de fusão com o outro deflagra uma angústia que aciona

defesas narcísicas frente à ameaça do sentimento de identidade. Tais defesas são muitas vezes marcadas pela violência e pela agressividade como forma de estabelecer um limite com o outro.

Nas pacientes bulímicas a fragilidade narcísica, pensada num nível arcaico do desenvolvimento, pode estar ligada à uma cumplicidade narcísica instaurada na relação com a mãe. Tal cumplicidade se configura como uma relação pautada na dependência, em que não foi possível à criança a vivência da ausência e do vazio, ligados à elaboração da perda do objeto. A presença maciça da mãe gera desdobramentos no desenvolvimento psíquico da criança e repercute nos estágios seguintes do desenvolvimento.

A mãe sendo a pessoa tida como primeiro objeto de amor da criança torna-se também alvo dos sentimentos ambivalentes de amor e ódio que compõem as relações com os objetos. Observa-se que tal ambivalência é mal suportada por estas pacientes, pois os sentimentos de ódio em relação à mãe são vividos como uma ameaça de destruí-la e, assim, de destruir a si mesma, devido ao caráter fusional desta relação.

Certa vez uma paciente bulímica chegou à sessão muito tomada por raiva e indignação com os comportamentos intrusivos da mãe e com sua atitude massiva de controle de sua vida social e afetiva. Assim, “despejou” na sessão, sem medir palavras, seus afetos ligados a isto. Em seguida, perceptivelmente foi invadida por uma angústia intensa, que verbalizou referindo culpa ao falar todas aquelas coisas. Afinal de contas: “minha mãe é uma pessoa muito boa e não merece isto de mim, me sinto uma filha ingrata”. Este é um exemplo de como a hostilidade vivida em relação à mãe e a possibilidade de vivenciá-la a partir do discurso presentifica a fantasia de morte da mãe. Daí a necessidade de reparação já que, em última instância, a fantasia de morte da mãe se apresenta como possibilidade de garantir sua existência e integridade enquanto sujeito e, simultaneamente, ameaça sua própria sobrevivência psíquica.

Se a atitude da mãe para com o bebê é marcada pela mediação do alimento, pode-se fazer uma analogia no sentido da conduta bulímica como uma “escolha”. Se é por meio do alimento que muito desta relação foi construída e significada, é também por meio deste que estas jovens recorrem como uma tentativa de diferenciação em relação à mãe. Esta pode ser uma via de compreensão do sintoma bulímico.

Assim se explica que a boa distância sujeito-objeto não seja encontrável; longe demais ou perto demais, em excesso ou insuficiente, bulimia ou anorexia – a saciedade imediata ou nunca mais. Colar na mãe é estar ao abrigo da intrusão assim como do abandono, ao preço da perda do sentimento de limite. (BRUSSET, 1999, p.58).

Neste sentido, o sintoma bulímico aparece carregado de significados e pode ser entendido como uma tentativa de “cura”, que nestas pacientes estaria ligada à tentativa de separação e de diferenciação em relação à mãe. Aí a cura vem no sentido de garantir, na verdade, a própria sobrevivência psíquica e preservação de sua identidade.

Em uma sessão de psicoterapia esta mesma paciente bulímica falou da impossibilidade de falar de seus relacionamentos afetivos com a mãe, de precisar ter seus encontros amorosos sempre às escondidas e do quanto era insuportável para a mãe a suspeita de que ela estivesse envolvida com alguém. Fica evidente neste relato que a vida afetiva e sexual da filha é sentida pela mãe (e também pela paciente) como uma ameaça a esta cumplicidade e à sobrevivência de ambas.

Observa-se neste sentido a possível proximidade do ato bulímico com questões ligadas à sexualidade, ou seja, como metáfora do ato sexual, como foi assinalado anteriormente. Jeammet (1999) propõe que para estas jovens, o prazer sexual, assim como o prazer de comer só pode ser vivido às escondidas, longe do olhar materno. Olhar este que clama não só para a manutenção de uma cumplicidade narcísica, mas, também, para uma cumplicidade incestuosa, ambas de ordem inconsciente, o que denota a complexidade e tensão vivida nesta relação.

A figura paterna que faz a função de entrada nesta relação fusionada da mãe com a criança, colocando um limite e promovendo uma separação, muitas vezes se apresenta de forma deficitária na dinâmica familiar destas jovens. Muitas vezes o pai se apresenta como um duplo da mãe, dificultando ainda mais esse processo de diferenciação e de apropriação de si mesma, ou seja, a organização edípica não exerce seu papel estruturante. Esta é uma “herança” da identificação primária fusional com a mãe, que compromete as identificações secundárias ligadas à organização edípica. (BRUSSET, 1999).

Vale ressaltar que a consideração do sintoma bulímico é fundamental na clínica com tais pacientes, mas, ao mesmo tempo, mostra-se como uma via perigosa que pode levar o analista à armadilha de uma condução do tratamento pautada em

interpretações puramente psicanalíticas dos comportamentos e dos sintomas. Desta forma, a escuta do sujeito pode ser prejudicada e tendenciosa.

Como afirma Brusset (1999, p. 52): “O risco é ater-se a um retrato psicológico deduzido das intencionalidades lidas diretamente nos comportamentos e atitudes. ” Assim, a abordagem clínica que se propõe a um trabalho psicanalítico com tais pacientes pode ingenuamente cair no mesmo vão das abordagens puramente comportamentais, de forma a intervir com foco nos sintomas, sem considerar a história e singularidade do sujeito.

Ainda neste sentido, ao falar sobre o desamparo vivido por estas jovens, Brusset (1999) propõe que a palavra precisa ser dada ao sujeito em outro plano, para além do comportamento alimentar e da leitura de suas supostas intenções, a fim de proporcionar um espaço de acolhimento, cuidado e reconhecimento de seu sofrimento psíquico.

De acordo com Fuks (2003), a economia narcisista se esforça por amenizar as dificuldades do eu com a realidade, sendo os conflitos narcisistas deflagrados a partir da função desempenhada pelos objetos.

Ainda sobre o narcisismo, Freud (1914/2010) ao falar sobre a libido do Eu e a libido de objeto, aponta para um movimento de contrabalanceamento, afirmando que há uma oposição entre ambas, pois quanto mais uma é empregada, mais a outra se empobrece, ou seja, quanto maior o investimento libidinal no Eu, menor o investimento nos objetos e vice-versa.

Nas bulímicas, a dependência do objeto é fonte dos conflitos que tentam apagar de forma ineficiente a partir de suas condutas típicas. Este objeto é necessário e, ao mesmo tempo, temido pois é percebido como uma ameaça à sua integridade e identidade. Assim, fica clara a intensidade vivida na regulação entre libido do Eu e libido de objeto, marcada por um movimento conflitante, pois investir nos objetos deflagra o medo de causar um desequilíbrio narcísico insuportável.

Este é um ponto crucial no acompanhamento destas pacientes na clínica, pois a vinculação necessária na relação terapêutica pode também se configurar como uma ameaça, já que a transferência reedita na situação analítica todo o pavor da dependência do objeto junto às fantasias de fusão e de intrusão.

À medida que a relação terapêutica se fortalece, pode haver uma intensificação dos sintomas bulímicos, o que exige do analista a capacidade de suportá-los como parte do processo, já que se configura como a via privilegiada de

diferenciação que estas pacientes recorrem e que, na relação analítica não seria diferente. A resistência também tende a aparecer, podendo ser frequente as faltas e os atrasos nas sessões, a desqualificação do tratamento e, não raro, o seu abandono.

Sobre isto, Jeammet (1999) afirma que é comum tais pacientes optarem por terapêuticas que não demandem uma relação de investimento para com o outro, num movimento de evitação da dualidade exigida na relação analítica e nas psicoterapias, de forma geral.

A fantasia de fusão que marca a relação com o outro desencadeia uma angústia que leva ao acionamento de defesas narcísicas, já que o sentimento de identidade se encontra então em perigo. Tais defesas muitas vezes são marcadas pela violência e pela agressividade como forma de diferenciação e de separação (FUKS, 2003). Nos quadros de bulimia, a ingesta voraz e os comportamentos purgativos podem ser entendidos como uma violência do sujeito contra si mesmo, invocando as sensações corporais como meio de atestar sua existência e, assim, promover alguma diferenciação com o outro, mesmo que precária.

Ainda neste sentido, Freud (1914/2010) afirma que a elaboração psíquica substitui a descarga direta de excitações internas num movimento de desvio quando tal descarga não é possível ou desejada no momento. Nas bulímicas, a precariedade de uma elaboração psíquica de seus conflitos e ambivalências na relação com os objetos, invoca o apelo ao corpo e às sensações num movimento substitutivo a este trabalho psíquico.

3.1. Eu ideal, ideal do Eu e autoestima

O modelo do narcisismo infantil está ligado a um ideal narcísico de onipotência que Freud denomina como Eu ideal. O Eu ideal está ligado à busca da satisfação narcísica vivida na infância, em que o sujeito ocupa um lugar central e privilegiado na ordem dos investimentos das figuras parentais, principalmente a mãe. Daí vem a emblemática sentença *His Majesty the Baby* traduzida por *Sua Majestade o Bebê*, que denota a grandeza deste lugar ocupado pela criança.

O desenvolvimento do Eu promove um gradual distanciamento do narcisismo primário, em que o sujeito se vê ávido por reconquistá-lo. “Tal

distanciamento ocorre através do deslocamento da libido para um ideal do Eu imposto de fora, e a satisfação através do cumprimento desse ideal. ” (FREUD, 1914/2010, p.48).

O ideal do Eu é o substituto para o narcisismo perdido na infância. De acordo com Laplanche e Pontalis (2001) ele é o resultado da convergência do narcisismo e das identificações com os pais e com os ideais coletivos, configurando-se como um modelo ao qual o sujeito se referencia e procura conformar-se.

Fernandes (2012) aponta que os expoentes da psicanálise pós freudiana insistiram no reforço da distinção entre estas duas instâncias, pois a forma com que o sujeito se relaciona com o Eu ideal e com o ideal do Eu corresponde a diferentes padrões de relação com as figuras parentais.

A regulação entre estas duas instâncias está ligada ao sentimento de *amor-próprio* que Freud propõe no texto “Introdução ao Narcisismo”. Para Freud ele é a expressão da grandeza do Eu, composto por resquícios do narcisismo infantil, pela confirmação da onipotência a partir do cumprimento do ideal do Eu e pela satisfação da libido objetual. (FREUD, 1914/2010).

A partir destas noções básicas sobre as instâncias psíquicas ligadas ao narcisismo, é possível fazer um paralelo entre o sentimento de *amor-próprio* proposto por Freud e a baixa autoestima relatada com frequência por pacientes que sofrem de bulimia.

Parece que a baixa autoestima destas jovens está também ligada à sua fragilidade narcísica, em que o sentimento de inferioridade tem a ver com o empobrecimento do Eu, à medida que se mostram muito dependentes no que tange à relação com os objetos. Freud (1914/2010) fala do dano causado ao Eu devido aos investimentos libidinais dele retirados, ligado às tendências sexuais não mais sujeitas a controle.

Partindo deste ponto de vista, o alimento tido como objeto e o comportamento bulímico visto sob o ponto de vista da sexualidade libidinal pode ser um exemplo destas tendências incontroláveis que apontam e reforçam sua fragilidade e vulnerabilidade. O descontrole alimentar, o excesso e o empanzimento podem ser entendidos como uma tentativa de lidar com o vazio do Eu.

Fuks (2003) fala de uma tensão narcisista marcada por sentimentos difusos de mal-estar do sujeito consigo mesmo, apatia, desvitalização e sentimentos

de inferioridade. Assim o sujeito faz um movimento para aplacar tais estados que “[...] vão desde a utilização do objeto como forma de obter um sentimento de valia até a obtenção de um prazer muito primário, corporal, que possa proporcionar um mínimo de satisfação.” (FUKS, 2003, p.10).

É importante ressaltar que este empobrecimento não está ligado às capacidades intelectuais ou cognitivas de tais pacientes, mas, sim ao vazio psíquico que experimentam ligado à impossibilidade de representar e elaborar psiquicamente suas vivências e seu sofrimento.

Por vezes este sofrimento está ligado ao não cumprimento do ideal do Eu, que passa por valores familiares, sociais e culturais. Daí a hipótese de que estas jovens denunciam um mal-estar contemporâneo, onde as exigências para com o sujeito se mostram cada vez mais severas, potencializando sentimentos de culpa, inadequação e autodepreciação.

Tais exigências passam por questões ligadas às escolhas profissionais, trabalho, produtividade, vida sexual e afetiva, beleza, estética e comportamento. Este contexto vem compor o cenário vivido por estas jovens, favorecendo a atualização de conflitos infantis que têm a ver com as projeções feitas pelos pais, pautadas em expectativas idealizadas em relação aos filhos, quando revivem seu próprio narcisismo infantil, do qual há muito tempo renunciaram.

Pensando nas questões narcísicas destas pacientes, fica a impressão de que não cumprir as exigências do próprio ideal do Eu coloca em jogo a questão do amor. Não cumprir tais exigências impõe um perigo à possibilidade de ser amada, tão necessária à sua economia narcísica.

A questão do amor passa também pela própria capacidade de amar. “A percepção da impotência, da própria incapacidade para amar, devido a distúrbios psíquicos ou físicos, tem efeito altamente rebaixador no amor-próprio.” (FREUD, 1914/2010, p. 46). Certa vez uma paciente bulímica falou do quanto era difícil ter um relacionamento amoroso estável e duradouro, devido às vivências de forte dependência já experimentadas, fazendo-a optar por uma vida de relacionamentos casuais e até a uma certa promiscuidade.

Sobre a dependência, Freud (1914/2010, p.46) ainda afirma: “[...] o investimento libidinal de objetos não aumenta o amor-próprio. A dependência do objeto amado tem efeito rebaixador; o apaixonado é humilde.”. Então, fica claro mais uma vez o quanto para a manutenção do sentimento de identidade e

integridade, o enamoramento e as relações afetivas podem ser muito ameaçadores para estas jovens.

CONCLUSÃO

A proposta de um estudo sobre a bulimia dentro dos limites deste trabalho propiciou o resgate de questões básicas e fundamentais para a constituição psíquica do ser humano de forma geral, a partir do viés psicanalítico. Pensar sobre as relações estabelecidas a partir das primeiras experiências de cuidado, mostra a importância do outro no desenvolvimento de qualquer sujeito. A dependência fundamental de cuidados vindos do meio e das pessoas que o compõem evidencia a fragilidade do existir desde os seus primórdios.

Muito se fala e se escreve sobre a importância da mãe, que se propõe e, ao mesmo tempo, é convocada para este lugar central de cuidado, proteção e garantia das necessidades básicas do bebê. Neste sentido, é importante problematizar e questionar, do ponto de vista ético, a abordagem teórica sobre o lugar da mãe no desenvolvimento do ser humano.

Aprofundar o entendimento das implicações da relação mãe-bebê para o desenvolvimento psíquico faz parte da proposta de pensar o humano a partir da complexidade de sua existência e de suas relações com o outro e com o meio. No entanto, é necessário ater-se a uma tendência à culpabilização e responsabilização da mãe pelas dificuldades e percalços vividos pelo sujeito ao longo de seu desenvolvimento.

A Psicanálise trouxe sua contribuição sobre os processos inconscientes que constituem a vida familiar, em especial, as relações parentais, inaugurando um novo paradigma para a humanidade. Seu constante desenvolvimento a partir das contribuições pós-freudianas reaviva e enriquece o que Freud postulou. Olhar para a dinâmica familiar, sua história e configuração é considerar um importante cerne do sofrimento psíquico, a partir da forma com que o sujeito experimentou estas relações e este contexto. Assim, uma abordagem que tende a identificar culpados no processo de adoecimento do sujeito se mostra contraproducente e coloca em cheque a possibilidade de implicação do paciente com sua história e, também, com suas escolhas, que é a via em que mudanças e transformações se fazem possíveis.

Pensar a bulimia a partir do processo de constituição psíquica, passando pela relação com a mãe, pela função do alimento, pela construção da identidade a partir das relações de objeto e de suas regulações narcísicas reafirma o lugar e a

pertinência da clínica com crianças e adolescentes, como meio privilegiado de cuidado, trabalho e intervenção nos processos de desenvolvimento que se encontram em seu ápice e efervescência.

Sem dúvida as pacientes bulímicas tem muito a nos ensinar no sentido da condução do tratamento clínico, impondo desafios que impelem o analista a reinventar sua prática e buscar uma elasticidade que possibilite o acolhimento da especificidade destas novas formas de sofrimento.

A prática psicanalítica não existe sem um olhar e um alcance que permita a apreensão do sujeito de sua época. Este olhar passa pela compreensão das subjetividades que são produzidas a partir da cultura e do social, em que estes elementos atravessam as relações familiares, interferindo em sua estruturação e regulação.

Pensar as jovens bulímicas como representantes de um mal-estar contemporâneo faz pensar nos valores que tem sido produzidos e reproduzidos socialmente, em que a mulher se torna alvo de um ostensivo investimento, por vezes violento, no que diz respeito à sua imagem, não só física, mas também sua desenvoltura em diversos âmbitos de vida.

As bulímicas denunciam a construção de um ideal ligado ao corpo e à imagem como uma forma de comunicação e uma promessa. Ser magro ou magra, manter uma rotina intensa de cuidados com o corpo e com a alimentação transmite a ideia de sucesso, em que aparentemente se atingiu o ápice da disciplina e do controle sobre os próprios impulsos. Recusar certos tipos de alimentos, comer pouco, seguir à risca dietas e resistir a “tentações” se tornou quase que um ato heroico. Daí a culpa referida pelas bulímicas após seus ataques de fome voraz. Culpa por não cumprir este ideal, o que as faz sentirem-se fracas, inferiores e descontroladas.

A promessa embutida neste ideal do corpo e da imagem parece ser a garantia de serem amadas, tão ineficaz quanto a crise bulímica no sentido de preenchimento do vazio psíquico, que neste âmago do culto à imagem pode ser entendido como um vazio existencial. A busca e a manutenção de um corpo dentro destes ideais sustentada na promessa do amor do outro vai ao encontro das necessidades destas jovens, que vivem uma solidão e sofrimento atroz. A dependência do objeto se expande aí para a dependência do olhar do outro.

Isto é evidente nas redes sociais baseadas na veiculação da própria imagem. A proposta implícita de tais redes é o compartilhamento de momentos e situações de vida que pode alcançar um grande número de pessoas e garantir muitas “visualizações”. Tais imagens abarcam a rotina diária, envolvendo o que se come, o que se veste e as horas despendidas na academia, por exemplo. Há nestes comportamentos uma dependência do olhar e da aprovação do outro a todo momento. Tal dependência se expressa na rapidez em que tais imagens são atualizadas e substituídas por outras, pois perdem com facilidade seu valor de asseguração narcísico para o sujeito, denotando sua superficialidade.

Seriam estes sinais de uma cultura que se desenvolve pautada no apelo de uma adoração do sujeito em relação a si mesmo? De uma reafirmação do narcisismo no seu sentido mais cru, que na tradição grega designa o amor de um indivíduo por si mesmo?

A partir destes questionamentos vale retomar uma passagem do mito de Narciso a partir da descrição de Roudinesco e Plon (1998, p. 530):

Durante uma caçada, o rapaz fez uma pausa junto a uma fonte de águas claras: fascinado por seu reflexo, supôs estar vendo um outro ser e, paralisado, não mais conseguiu desviar os olhos daquele rosto que era o seu. Apaixonado por si mesmo, Narciso mergulhou os braços na água para abraçar aquela imagem que não parava de se esquivar. Torturado por esse desejo impossível, chorou e acabou por perceber que ele mesmo era o objeto de seu amor. Quis então separar-se de sua própria pessoa e se feriu até sangrar, antes de se despedir do espelho fatal e expirar.

É certo que, em alguma medida, todo ser humano necessita nutrir seu narcisismo. Mas, a questão que se coloca é que esta intensa necessidade observada na contemporaneidade aponta talvez para a fragilidade das relações afetivas, para o contato empobrecido com o outro e para a dificuldade em se construir relações significativas, tão observada na solidão muitas vezes vivida pelas jovens bulímicas.

No entanto, enquanto Narciso acaba por se ferir na tentativa de separa-se de si mesmo, as bulímicas parecem se violentar a partir de suas condutas como tentativa de separar-se do outro e, assim, manter sua integridade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADA, B.C.C.; FREIRE, D. A violência do/no corpo excessivo dos transtornos alimentares. *Caderno de Psicanálise*, Rio de Janeiro, v.34, n. 26, p. 27-36, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014.
- BRUSSET, B. Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese. In: URRIBARRI, R. (Org.). *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999, p.52-60.
- BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. *A bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003.
- COELHO JR., N. E. A noção de objeto na psicanálise freudiana. *Ágora*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.37-49, 2001.
- COSTA VAL, A.; CARVALHO, M. B.; CAMPOS, R. O. Entre o singular e o coletivo: a experiência de um serviço na abordagem das anorexias e bulimias. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.25, n. 1, p. 99-119, 2015.
- COUVREUR, C. Fontes históricas e perspectivas contemporâneas. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. (Org.). *A bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003, p. 15-57.
- ESTEVES, R.; RAMIRES, V. R. R. Imagem do corpo e bulimia. *Ágora*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.225-240, 2015.
- FERNANDES, M. H. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- FREUD, S. (1914-1916). *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos*. São Paulo: Companhia das letras, 2010.
- FUKS, L. B. Transtornos narcísicos (considerações sobre a violência). *Psicanálises de ninos y adolescentes*, Buenos Aires, n.10, 2003.
- JEAMMET, P. Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: URRIBARRI, R. (Org.). *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999, p.29-49.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LAZZARINI, E. R.; VIANA, T. C. O corpo em psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.22, n. 2, p. 241-250.
- RABELO, A. P. *Bulimia e psicanálise: considerações a partir da perspectiva winnicottiana*. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

WINNICOTT, D.W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 219-232.